

**INFORMACJA DLA PACJENTKI  
ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY  
NA PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO  
NIETRZYMANIA MOCZU PRZY UŻYCIU TAŚM TYPU „IVS” LUB „TOT”**

---

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI : .....

NUMER HISTORII CHOROBY .....

**1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚCI OPERACJI**

---

W trakcie dotychczas przeprowadzonych badań rozpoznano u Pani (istnieje u Pani podejrzenie)

.....

.....

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej na charakter schorzenia wymagający leczenia operacyjnego.

**2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO**

---

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy następujący zabieg operacyjny:

.....

.....

Proponowane leczenie operacyjne nietrzymania moczu polega na wprowadzeniu syntetycznej taśmy podpierającej cewkę moczową z dostępu przedłonowego (przez niewielkie nacięcia skóry sromu) lub załonowego (przez niewielkie nacięcia skóry nad spojeniem łonowym). Zabieg ten jest niekiedy łączony z plastyką przednią lub/i tylną pochwy mającą na celu skorygowanie wypadania pochwy.

Celem proponowanej operacji jest .....

.....

.....

Alternatywne metody leczenia Pani schorzenia to:

.....

.....

**3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI**

---

.....

.....

.....

**4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ**

---

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym. Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani zabiegu operacyjnego zdarzają się rzadko.

Powikłania związane z tą operacją mogą między innymi polegać na:

- śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub cewki moczowej
- krwotoku śródoperacyjnym
- wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej)
- powstaniu przetoki dróg moczowych (np. pęcherzowo-pochwowej)
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
- zakażeniu rany pooperacyjnej
- zapaleniu pęcherza moczowego
- zaburzeniach w opróżnianiu pęcherza moczowego

**5. ROKOWANIE**

---

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

duże    średnie    ograniczone

Jeżeli nie wyrazi Pani zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pani stanu zdrowia w przyszłości jest następujące:

.....

.....

.....

## 6. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani zapytała nas o wszystko co chciałaby wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Panią wyjaśnienia można uzyskać u każdego specjalisty w zakresie ginekologii i położnictwa zatrudnionego w naszym Oddziale/Klinice. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani pytania.

### ZASTRZEŻENIA PACJENTKI CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO

## 7. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność. Przy braku Pani zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

## 8. OŚWIADCZENIE PACJENTKI

W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią ..... spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- wyników leczenia operacyjnego
- rokowania
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

**Bez zastrzeżeń  
(lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się  
na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnego**

.....  
.....  
.....  
(rodzaj zabiegu)

**oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie  
przeprowadzania operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia,  
ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny.  
Zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji  
dla mojego zdrowia i życia.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu**